ESSAI SUR UN

TRAITEMENT MÉTHODIQUE

DE QUELQUES

MALADIES DE LA MATRICE.

Ouvrages du Dr Vidal (de Cassis) qui se trouvent chez le même libraire.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, *Paris*, 1839-1840, 5 vol. in-8. Prix de chaque volume . . . . . 6 fr. 50 c.

ESSAI HISTORIQUE SUR DUPUYTREN, avec portrait, *Paris*, 1835, in-8. . . . . 1 fr. 50 c.

DES VICES DE CONFORMATION DE L'URÈTHRE, *Paris*, 1834, in-8. . . . . 1 fr. 25 c.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES DIVERSES ESPÈCES D'ANGINES (Thèse de concours), *Paris*, in-4.

IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD, RUE GARANCIÈRE, 5.

ESSAI

SUR UN TRAITEMENT MÉTHODIQUE

DE QUELQUES

MALADIES DE LA MATRICE

INJECTIONS INTRA-VAGINALES ET INTRA-UTÉRINES.

PAR AUG. VIDAL (DE CASSIS),

CHIRURGIEN DE LOURCINE (HÔPITAL DES FEMMES),
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIERE, 210, REGENT-STREET.

1840.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22292901

AVERTISSEMENT.

Je laisse détacher, bien à regret, ces quelques pages d'un livre qui ne devait voir le jour que fort tard. Il a fallu un puissant motif pour me décider à un pareil sacrifice. Le voici : Il est beaucoup de médecins qui ignorent, d'autres qui savent trop bien, avec quelle opiniâtreté j'ai combattu les abus qu'on faisait de l'amputation du col de la matrice. Il y a plus de dix ans de cela. Depuis je n'ai cessé de faire des recherches, de recueillir des observations sur les maladies de l'utérus. Un service de près d'un an, à l'hôpital du Midi, pendant qu'on y recevait encore des femmes, et ma position de chirurgien de Lourcine, hôpital consacré entièrement au traitement des maladies de ce sexe, m'ont conduit à des idées et à une pratique dont j'ai à me louer. Mais pour les faire accepter aux autres médecins il leur fallait un degré de maturité que le temps seul donne. Ce temps je l'employais à répéter des expériences, à augmenter le nombre de mes observations. Elles portaient surtout, sur les *injections intra-utérines*, que je crois précieuses dans le traitement de certaines maladies de l'utérus. J'ai su

que cette opinion n'était pas généralement partagée, que des praticiens avaient été moins heureux que moi, qu'il s'élevait même contre cette méthode de traitement des reproches qui pourraient la compromettre s'ils étaient fondés. J'ai donc écouté, lu, médité les argumens, et je suis arrivé à penser que la différence des résultats et des opinions pouvaient tenir :

1° A la différence du procédé ;

2° A quelques erreurs de diagnostic ;

3° A une fausse interprétation des phénomènes produits par ces injections.

Il fallait donc me hâter de jeter quelque jour sur ces trois points pour montrer la vérité et *conserver* à la thérapeutique un moyen auquel, peut-être, plus d'une femme devra la vie.

On voit quelles sont mes dispositions d'esprit, car, en parlant des causes d'erreurs, je n'en compte que trois et j'omets à dessein une quatrième qu'il me serait trop désagréable de discuter.

Je commencerai par un coup-d'œil sur les maladies de l'utérus qui réclament plus spécialement les injections. Je serai nécessairement très bref, très incomplet dans cette partie de mon travail, car mon seul désir, aujourd'hui, est de faire connaître le procédé employé dans mon service, à Lourcine, et dans ma pratique particulière, afin que ceux qui voudront expérimenter, se placent dans les circonstances que je crois favorables au succès. Je rappellerai le premier mot du titre de cette opuscule, ce n'est qu'un *essai ;* ce sont des expériences, que je publie pour en appeler d'autres. Afin qu'elles soient fructueuses, j'ai soin d'indiquer les procédés qui me réussissent.

ESSAI

SUR UN

TRAITEMENT MÉTHODIQUE

DE QUELQUES

MALADIES DE LA MATRICE.

On a long-temps confondu sous le nom de *Flueurs blanches* une foule de maladies de la matrice, parce que l'écoulement était le phénomène le plus facilement observé : comme il est de ces *flux* qui sont peu graves, que d'autres se lient à un état particulier de la constitution, trop souvent on se bornait à des moyens insignifians ou bien on agissait sur toute l'économie, on la fatiguait, on la détériorait sans tarir l'écoulement. Telle est malheureusement encore la conduite de quelques praticiens. En négligeant ainsi les sources de l'écoulement on le rend intarissable, de là l'épuisement, ou bien on laisse marcher la lésion qui le produit, de là trop souvent des dégénérescences de la matrice, le cancer et ses suites fatales. En allant aux vraies sources des flueurs blanches, c'est-à-dire en *explorant* les

organes génitaux de la femme qui sont accessibles aux sens, on découvre des lésions qui, attaquées de bonne heure, peuvent être guéries et qui plus tard seraient incurables.

Le siège des lésions qui produisent les sécrétions anormales appelées *flueurs blanches* est varié : le vagin, l'extérieur du col de l'utérus, sa surface interne, celle du corps de cet organe, les trompes mêmes peuvent séparément donner lieu aux flueurs blanches, lesquelles prennent quelquefois leur source de tous ces points à-la-fois.

Il est facile de comprendre que si l'on parvient à agir *directement* sur ces divers points des organes génitaux, que si on va à toutes les sources, le traitement sera plus méthodique, plus rationnel, plus efficace; car ce sera alors la médication topique portée jusqu'à ses limites les plus avancées. On *pansera* les solutions de continuité, les inflammations, les engorgemens de l'utérus comme on panse les maladies tout-à-fait *externes*. Le traitement sera alors complètement chirurgical. Mais, pour parvenir jusqu'aux sources les plus profondes des flueurs blanches, les moyens ordinaires ne suffisent pas. On porte les caustiques solides sur le vagin, le col de l'utérus; on peut faire encore sur ces parties diverses applications topiques : mais il n'y a que les liquides injectés qui parviennent jusqu'au

fond de la matrice. Les injections *intra-utérines* sont donc *indispensables* quand on veut agir directement sur la lésion qui produit les flueurs blanches dans les cas où cette lésion est au-dessus du col de l'utérus.

La nature de la lésion qui produit les flueurs blanches n'est pas toujours la même. S'il est vrai de dire qu'un degré plus ou moins élevé d'inflammation préside à la plupart des maladies de l'utérus, il est plus vrai encore de dire qu'elles sont aggravées et entretenues par ce que les médecins appellent un vice, un virus, etc. Ce sont les vices scrofuleux vénérien, dartreux qui jouent ici le plus grand rôle. Cette différence dans la nature des lésions de l'utérus nécessite des différences dans la thérapeutique : ainsi les médications topiques ou autres doivent varier.

Ce que je viens de dire sur l'influence de la vérole, des scrofules, etc., dans la production des maladies de l'utérus, prouve que je n'exclus pas de leur thérapeutique les moyens indirects généraux, car il n'est guère possible de détruire des causes générales avec des modificateurs qui se bornent à une action topique; d'ailleurs j'ai déjà dit qu'il existait des flueurs blanches dues à un état de la constitution, or celles-là ne pourraient être guéries par des moyens locaux.

Les caractères anatomiques des maladies aux-

quelles j'applique le traitement que je vais indiquer se réduisent à trois :

1° Augmentation de volume *(engorgemens)*.

2° Changement de coloration *(rougeurs)*.

3° Solutions de continuité, perte de substance (*ulcérations*).

Les *engorgemens* peuvent être avec ou sans déformation, avec déviation de la matrice ou sans déviation, ce qui est très rare. Ils sont aigus ou chroniques.

Les *rougeurs* sont toujours avec une augmentation plus ou moins considérable du volume du col utérin. Elles précèdent les ulcérations ou leur succèdent. Dans ce dernier cas, on trouve des taches irrégulières sur le col, elles ont la couleur de celles qui succèdent aux chancres, aux pustules, après la disparution de ces symptômes syphilitiques.

La rougeur a des teintes et une étendue différentes selon les périodes, l'intensité, la nature de la lésion du col : c'est un rouge rutilant quand il y a une métrite du col qui persiste après un avortement ou un accouchement. On sait que ces deux actes ne peuvent s'accomplir sans une congestion plus ou moins prononcée de l'utérus; eh! bien, cette congestion peut persister et se constituer en inflammation chronique, c'est ce qui arrive quand, après un avortement, une femme s'est trouvée dans des conditions hygié-

niques défavorables, quand elle porte en elle un des vices dont j'ai déjà parlé.

Si la rougeur présente cette teinte, il y a, en même temps, turgescence du col et une indication positive des évacuations sanguines.

Quelquefois la rougeur n'est pas uniforme; sur un fond rouge sont de petits points d'un rouge plus foncé : c'est la *rougeur pointillée*, elle coïncide avec une inflammation très rebelle.

Il y a quelquefois sur le col des taches plus ou moins larges qui sont d'un rouge vineux plus ou moins foncé et qui se lient toujours à des lésions très anciennes.

Les *ulcérations* peuvent présenter deux aspects : elles sont simples, très superficielles; la muqueuse semble seulement dépolie, c'est la vraie *exulcération*. Elle est quelquefois si superficielle qu'il est difficile de la distinguer des rougeurs qui sont sans solution de continuité. Cette forme d'ulcération coïncide le plus souvent avec la vaginite ou en est la suite. On voit quelquefois l'inflammation commencer à l'orifice vulvaire du vagin, s'étendre dans ce canal, envahir le col, se propager dans la matrice et filer jusqu'aux ovaires. Les inflammations vénériennes suivent ordinairement cette marche : c'est la vraie blennorrhagie des femmes. Chez l'homme, quelquefois la blennorrhagie suit une marche analo-

gue : de la fosse naviculaire du gland, elle se propage à l'urèthre, séjourne dans la portion prostatique, et file quelquefois par les canaux déférens jusqu'aux testicules pour produire l'orchite. C'est vers la prostate que l'inflammation persiste le plus souvent et le plus long-temps; de là ces écoulemens si longs, si difficiles à tarir (ce sont les *flueurs blanches* de l'homme); de là encore ces engorgemens de la prostate qui plus tard entravent d'une manière si fâcheuse le cours des urines. C'est aussi à la matrice que se fixe le plus souvent l'inflammation blennorrhagique; de là les écoulemens si difficiles à arrêter; de là aussi la plupart des engorgemens utérins.

L'*ulcération granuleuse* est plus profonde, elle présente l'aspect d'une plaie à la période de suppuration, quand elle est semée de bourgeons charnus. Cette ulcération est beaucoup plus rebelle que l'autre ; elle peut lui succéder. Elle coïncide ordinairement avec un engorgement considérable du col. Ce sont les femmes qui ont eu des enfans qui offrent le plus souvent l'ulcération granuleuse. J'ai remarqué que les avortemens y prédisposaient davantage que les accouchemens à terme. Il semble que le mal vient ici du fond de la matrice : c'est, en effet, dans le museau de tanche qu'on aperçoit d'abord l'ulcération. Souvent, en relevant une lèvre du col

avec une pince, on découvre une ulcération dont on ne soupçonnait pas l'étendue : la lèvre postérieure est plus souvent affectée que la lèvre antérieure, ce qui fait supposer naturellement que l'humeur venue de la matrice a une influence sur la production de l'ulcération. Cette humeur n'a pas toujours la même consistance, la même couleur, aussi le mot *flueur blanche* ne désigne-t-il pas convenablement tous les écoulemens, car les uns sont plus ou moins jaunâtres, verdâtres; d'autres sont complètement purulens, et par conséquent très opaques, tandis qu'il en est qui sont muqueux et plus ou moins transparens. Plus la transparence se prononce, moins l'affection est grave.

Mais j'ai hâte de passer au traitement qui est le sujet de ce travail : je n'exposerai ici que celui de mon service à Lourcine.

SECTION I.

INJECTIONS INTRA-VAGINALES.

Le liquide est une décoction très concentrée de feuilles de noyer à la température de la salle, quelle que soit la saison. L'instrument est une grosse seringue à lavement. Le spéculum à deux valves est appliqué; il saisit et découvre bien le col de l'utérus ; c'est sur ce col que le jet est lancé

de toutes les forces de l'aide qui pousse le piston. Immédiatement après, on place sur le col de la matrice un tampon de charpie qui s'imbibe du liquide resté dans le vagin.

Un pareil liquide ainsi injecté exerce une espèce de compression sur le col et abaisse sa température; il doit agir aussi par ses qualités astringentes. Aussi observe-t-on parfois des phénomènes curieux. Ainsi, on voit le col pâlir et s'amoindrir, il éprouve une espèce de retrait. Ce phénomène ne se produit pas toujours, surtout pour ce qui a trait à la pâleur. Quelquefois, au contraire, j'ai vu la coloration se prononcer davantage au moment de l'injection. Il est arrivé aussi qu'une matrice débarrassée des mucosités qui pendaient à son col, avant l'injection, a rejeté, au moment où le liquide l'a frappée, de nouvelles mucosités; ce qui prouverait encore le retrait dont j'ai parlé, et peut-être même une espèce de contraction de la matrice. C'est M. Chaillet, ancien interne de mon service, qui a le premier observé et signalé ce phénomène. (1)

Presque jamais la femme injectée n'éprouve de la douleur au moment de l'injection. De retour à son lit, quelquefois des coliques se déclarent : ce sont des douleurs qui portent surtout à

(1) *Gazette des médecins praticiens*, 9 février 1840.

l'hypogastre et vers les régions iliaques. J'ai souvent observé ces coliques au moment où la guérison commençait à s'opérer; au lieu d'en être inquiété, j'en tirais un bon augure.

Voici un fait bien remarquable, qui ne surprendra pas ceux qui ont observé avec quelque philosophie les femmes malades réunies dans une même salle. Dans les premiers temps de ces injections, il y avait un nombre bien plus considérable de coliques qu'aujourd'hui, et cependant c'est le même liquide, c'est le même procédé, c'est la même manière de l'appliquer. Qu'on ne dise pas que les femmes s'y sont habituées, car tous les jours on en injecte de nouvelles. Il faut plutôt dire que l'*esprit de la salle* s'y est habitué. Je reviendrai sur cette circonstance.

Ces injections *intra-vaginales* ont souvent hâté d'une manière très marquée la guérison de certains engorgemens anciens, et procuré, en très peu de temps, la cicatrisation des ulcérations les plus rebelles. Dans l'article déjà cité de M. Chaillet, il est question d'une femme d'une quarantaine d'années qui avait au col utérin une ulcération granulée de huit à dix lignes de diamètre dans tous les sens; deux ou trois injections en réduisirent les dimensions à moitié. La cure la plus curieuse par ces injections est celle d'une malade qui avait un chancre assez étendu et profond

sur le col utérin (ce qui est rare) : après quatre injections, le chancre avait complètement disparu. Nous voulions le dessin de ce cas intéressant à plus d'un titre ; mais, pour avoir remis de quelques jours la séance, il ne fut plus possible de retracer l'image de ce chancre.

Ces injections ont d'ailleurs un avantage que personne ne contestera : elles débarrassent le vagin et le col des mucosités, des humeurs plus ou moins irritantes, lesquelles ont plus d'influence qu'on ne pense dans la persistance et même dans la production de certaines ulcérations. Le tampon de charpie appliqué sur le col l'empêche d'être en contact avec le vagin, ce qui est une circonstance favorable pour la cicatrisation. D'ailleurs le jet de liquide détermine une compression instantanée qui est un moyen de résolution de tout engorgement.

Ces injections sont faites deux fois par semaine. On les suspend pendant les règles, et même deux jours avant et deux jours après. On ne les fait pas pendant la grossesse et elles ne sont commencées que trois mois après l'accouchement ou un avortement. Quand le col est très rouge, turgescent, des sangsues sont appliquées à l'anus. Des bains de siège, des bains entiers complètent le traitement.

Mais il est des écoulemens qui résistent à cette

médication, car il est des lésions de la surface interne du col, de l'intérieur de la matrice qu'on n'atteint pas avec les injections intra-vaginales. C'est alors qu'on doit faire les injections intra-utérines dont il va être question.

SECTION II.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

Un reproche est adressé à ces injections. Le liquide, injecté dans la matrice, passe, dit-on, dans les trompes et va se répandre dans le péritoine ; de là une inflammation de cette membrane, ce qui est un grave accident.

Je vais donc examiner : 1° le passage du liquide dans la trompe d'Eustache ; 2° je parlerai de la péritonite, en traitant des effets de ces injections sur le vivant.

Pour résoudre la première question, j'ai eu recours à des expériences sur le cadavre que je mentionnerai d'abord. (1)

§ I. EXPÉRIENCES SUR LE CADAVRE.

Pour apprécier la possibilité qu'a le liquide de passer de la matrice dans les trompes, puis dans

(1) Je me fais un vrai plaisir de déclarer ici que c'est M. D'Astros, élève interne de mon service, qui a exécuté la plupart de ces expériences. M. Petit, prosecteur des amphithéâtres des hôpitaux, a surtout pratiqué les injections forcées.

le péritoine, j'ai institué trois ordres d'expériences que j'ai ainsi caractérisées :

1° Injections forcées.

2° Injections abondantes.

3° Injections modérées.

A. Injection forcées.

Première expérience. — Femme de 45 ans environ. Elle a eu des enfans ; matrice et annexes séparés du cadavre ; le liquide est poussé avec une seringue dont on se sert dans les amphithéâtres pour l'injection des artères, il reflue entièrement vers l'orifice du col, les trompes paraissent imperméables ; alors une ligature est faite sur le col, de manière à le fixer à la canule pour empêcher le retour du liquide; le tissu de l'utérus ne permettant pas la compression exacte de la canule par ce procédé, ce liquide sort de nouveau par le col ; un fil est passé avec une aiguille courbe dans l'épaisseur du museau de tanche, il est fortement serré. L'injection est alors poussée de nouveau, le liquide distend d'abord la cavité de l'utérus ; par une impulsion forte et continue, le liquide pénètre dans les vaisseaux utérins qui se distendent, cèdent à l'effort, et laissent échapper l'injection qui alors seulement, s'écoule aussi pas l'orifice des trompes.

Deuxième expérience.— Femme de cinquante ans. Elle a eu des enfans, matrice et annexes séparées du cadavre. Une injection simple, faite avec la seringue employée dans l'expérience précédente, ne donne aucun résultat; une ligature exacte est appliquée sur le tube de la seringue; alors le liquide poussé avec force distend d'abord la cavité de l'utérus, bientôt se manifeste le gonflement des vaisseaux utérins qui ne cèdent pas, les trompes ne présentent rien de particulier, les vaisseaux piqués avec la pointe d'un scapel laissent échapper de l'air, le liquide ne les a pas pénétrés.

Dans ces deux cas, après l'expérience, on n'ouvrit pas l'utérus pour explorer sa cavité.

Ces deux expériences prouvent la difficulté de faire pénétrer le liquide dans le péritoine. Il a fallu lier fortement le col sur la canule de la seringue, afin d'empêcher l'injection de refluer et de passer entre cette canule et le col pour s'échapper au dehors. Et même, après la ligature, on voit l'injection et l'air passer plutôt par les vaisseaux utérins que par les trompes.

Ces expériences ont une grande portée. Elles n'éclairent pas seulement la question qui m'occupe aujourd'hui; elles jettent encore du jour sur les fonctions de l'utérus, sur l'histoire de ses maladies et leur thérapeutique générale. Il est des

médecins qui n'ont vu là qu'un inconvénient de plus attaché aux injections, qu'un argument de plus contre elles. J'entrevois autre chose qui sera, je l'espère, profitable à la thérapeutique. Déjà j'ai injecté dans la matrice de la liqueur de Van-Swieten et je pense qu'il sera possible, plus d'une fois, de profiter de cette large voie ouverte à l'absorption par les veines. J'ai fait analyser les urines des malades dans la matrice desquelles j'avais injecté de l'iode : Les résultats ont été négatifs, mais je répéterai ces expériences qui me paraissent pleines d'intérêt.

B. Injections abondantes.

Première expérience. — Sujet de quarante ans environ, n'a pas eu d'enfans, la cavité abdominale renferme une notable quantité de liquide séreux, citrin, rien n'indique qu'une inflammation a existé.

L'utérus est laissé en place. Le spéculum est introduit, l'orifice du col se trouvant trop étroit, il est impossible de faire pénétrer dans sa cavité le tube ordinaire (1) dont l'extrémité est légère-

(1) C'est un tube en argent, de la longueur d'une sonde de femme, mais droit, un peu plus long et ayant un bon tiers de moins d'épaisseur. Pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, comme le sujet de cette expérience, il le faudrait plus délié encore.

ment renflée. L'utérus et ses annexes sont enlevées; en pressant un peu, on introduit le tube. Une première injection poussée avec une seringue contenant le double d'une seringue à injection de l'urèthre (1). Cette injection ressort, en partie, par le col, pour la première fois elle pénètre aussi dans les deux trompes et coule par leur orifice péritonéal. L'expérience répétée un grand nombre de fois, présente toujours le même phénomène. L'utérus ouvert n'offre rien de particulier sur sa face interne.

On notera ici que le tube a été introduit avec quelques difficultés, que la matrice a été séparée du cadavre, deux circonstances favorables au passage du liquide dans les trompes; ajoutez l'*abondance* de ce liquide, et vous aurez l'explication de ce qui s'est passé dans cette expérience.

Deuxième expérience. — Sujet de cinquante à cinquante-cinq ans, a eu des enfans, les parties sont laissées en place, le tube ne peut arriver dans le fond de la cavité; les parties sont séparées, même impossibilité de faire pénétrer le tube plus avant que la cavité du col, une injection pratiquée ressort en entier par l'orifice vaginal de ce col, l'organe divisé présente une obli-

(1) Quarante grammes, c'est cette seringue qui sert aux injections abondantes.

tération presque complète du corps de l'utérus.

Troisième expérience. — Sujet de soixante ans environ, a eu des enfans, trois ou quatre corps fibreux du volume d'une petite noix, déforment entièrement l'organe; la trompe droite est adhérente par son extrémité, la gauche est libre dans toute son étendue; ces deux conduits présentent dans leur longueur, ainsi que les ovaires, de petits kystes. L'utérus et ses annexes sont enlevés, le tube pénètre dans le corps même de l'organe, le liquide sort en partie par la trompe gauche, la droite paraît imperméable. L'expérience répétée plusieurs fois a constamment présenté le même phénomène. On remarquera que c'est ici une injection *abondante* avec séparation de la matrice.

Quatrième expérience. — Une femme succombe à une violente encéphalite, elle est âgée de trente-deux ans, elle a eu des enfans, les règles n'ont pas reparu depuis son dernier accouchement qui date d'un an (ces circonstances sont à noter), l'injection est faite sur le cadavre. Les parties, dans leurs rapports naturels, le tube pénètre au fond de l'organe; à la première injection, le liquide passe dans les vaisseaux utérins du côté gauche, dans les veines du petit bassin; le même phénomène n'a pas lieu à droite; le liquide ne s'écoule nullement par les trompes;

l'injection est répétée deux fois, et deux fois le même fait se reproduit.

L'utérus enlevé, est de nouveau injecté. Voici ce qui a lieu : si l'injection n'est pas poussée avec une certaine force il reflue d'abord par l'orifice du col qui permet facilement son issue; mais les parois du vaisseau veineux ne tardent pas à se soulever, distendues par le flot du liquide qui ressort par son orifice béant sur le point qui a été incisé pour séparer les parties. Ce vaisseau, dont le point de départ paraît être à la racine de la trompe gauche, est contenu dans l'épaisseur du ligament large gauche. L'injection est faite de nouveau, on exerce une légère pression sur le col, le vaisseau rejette le liquide, lequel passe aussi en partie par les trompes. Un stylet, introduit par l'extrémité libre du vaisseau, arrive au niveau de la naissance de la trompe; son volume ne permet pas de le faire pénétrer jusqu'à l'orifice utérin de la veine. Une injection est alors poussée par le bout de la veine qui est ouvert dans les ligamens larges. L'eau ressort non-seulement par l'orifice du col, ce qui démontre la communication large et directe avec l'utérus, mais elle s'écoule encore, en grande quantité, par une autre veine volumineuse qui marche dans le ligament large parallèlement au bord gauche de l'utérus.

Ces expériences, souvent répétées avec des liquides colorés, ont toujours eu le même résultat.

Il fallait constater le mode de communication du vaisseau avec la cavité de la matrice; une injection au suif et colorée fut poussée par le col avec un tube assez volumineux, mais sans ligature préalable du col sur la canule : la matière a injection pénétra dans le réseau veineux gauche et les deux trompes; aucune veine du côté droit ne fut injectée. La cavité utérine, alors ouverte, présente dans le fond même de l'organe, entre l'ouverture des deux trompes, mais plus près de l'orifice tubaire gauche, la muqueuse ulcérée, le tissu de l'utérus érodé, et là une large ouverture de la veine qui laissait échapper le liquide.

Voilà un fait pathologique, une exception qui a sa valeur dans la question que je traite, mais qui a beaucoup plus d'importance sous le rapport pathogénique.

Il est à remarquer que la malade n'avait jamais eu d'écoulement. Entrée à l'hôpital pour une exostose syphilitique du crâne, elle avait été infectée par un nourrisson.

Cinquième expérience.— Cadavre d'une femme de quarante-cinq ans environ; elle a eu des enfans, elle a succombé à une péritonite dans le service

d'un collègue qui ne fait pas d'*injections intra-utérines :* après l'ouverture de l'abdomen, l'injection est faite comme sur le vivant, les parties sont laissées en place, l'extrémité libre des trompes seulement est isolée; après l'application du spéculum, le liquide est poussé dans la cavité utérine avec la seringue contenant quarante grammes de liquide, et le tube que j'ai adopté. A la première injection faite avec assez de force la trompe gauche est un peu soulevée, rien cependant ne sort de l'orifice péritonéal, la trompe droite paraît imperméable; une seconde et troisième injections poussées avec plus de force sont sans résultat, l'ondulation d'abord observée sur une trompe ne reparaît pas.

Nous pouvions supposer une oblitération des trompes due à la péritonite. Un pouce environ de la trompe gauche est coupé, il y avait alors un orifice parfaitement libre; deux injections sont poussées sans résultat aucun; la trompe est alors coupée fort près de son extrémité utérine et ce conduit ne laisse échapper aucune goutte de liquide. L'ondulation, le soulèvement, observés d'abord sur une trompe, étaient probablement produits par quelques bulles d'air chassées par le liquide.

Voici donc une injection abondante poussée avec force et le liquide ne passe pas par les trompes.

Sixième et septième expériences. — Sur les cadavres de deux femmes ayant eu des enfans, l'une âgée de trente-six à trente-huit ans, l'autre de soixante à soixante-cinq, deux injections sont faites dans les mêmes conditions indiquées dans la cinquième expérience, et rien ne passe par les trompes.

Huitième, neuvième et dixième expériences. — Sur trois femmes, toutes ayant eu des enfans l'une de quarante ans, l'autre de trente la troisième de quatre-vingts, la matrice et ses annexes sont séparées du cadavre, deux injections sont poussées avec force dans chaque utérus avec la seringue dont il a été question, et le tube ordinaire, et tout se passe comme dans les expériences précédentes, c'est-à-dire que le liquide ne *passe pas* par les trompes, et cependant dans ces dernières expériences les parties sont séparées et placées dans les conditions les plus favorables pour que le liquide passe dans les trompes.

C. Injections modérées.

Je n'ai pas compté ces expériences, mais je puis dire qu'elles ont été très nombreuses. La seringue est celle pour les injections de l'urèthre; elle contient vingt grammes de liquide (deux tiers d'une once); le tube est le même qui a servi pour les injections abondantes. Hé bien, quand les

parties ont été laissées en place, quand on n'a poussé qu'avec la force employée pour une injection ordinaire dans le conduit auditif, le liquide n'est pas parvenu dans les trompes, il est toujours retourné dans le vagin en passant entre le col et la canule. Ces expériences devront être encore répétées.

On concevra facilement que sur le vivant où les canaux se resserrent à l'approche d'un liquide tant soit peu irritant, son passage dans la trompe sera encore plus difficile que sur le cadavre où tout est perméable.

Ces expériences indiquent le procédé à suivre pour injecter la matrice sans donner lieu à des accidens : c'est le troisième procédé, ce sont les *injections modérées* qu'il faut pratiquer. Ces expériences expliquent encore comment certaines injections ont pu donner lieu à des symptômes qui ont alarmé quelques médecins : c'est le second procédé qui a été suivi par eux; je présume qu'on a employé les *injections abondantes* pour ne pas dire *forcées*, car on a opéré avec le clysopompe ou la seringue à hydrocèle.

Il n'est donc pas surprenant qu'on ne soit pas arrivé aux résultats que j'ai obtenus, et qu'au lieu d'avoir à se louer des injections *intra-utérines*, on les blâme. Il y a d'autres règles dont l'inobservation a causé plus d'une erreur; ces règles

et le procédé que je vais décrire constituent la méthode.

§ II. INJECTIONS INTRA-UTÉRINES PRATIQUÉES SUR LE VIVANT.

Les instrumens nécessaires sont : 1° un spéculum à deux valves, 2° une petite seringue, ne contenant que vingt grammes de liquide, 3° une canule en argent dont les diamètres ont un bon tiers de moins que la sonde de femme. Cette canule est droite et terminée par un petit renflement olivaire percé en arrosoir. On doit avoir des canules plus déliées pour injecter les femmes qui n'ont pas eu d'enfans. Il est important que cet instrument introduit dans le col ne le remplisse pas en entier, afin que l'injection puisse facilement retomber dans le vagin; de cette manière le liquide se met d'abord en contact avec la parois interne de la matrice, et en retournant par le col, modifie sa surface interne. On a songé à remplacer cette canule par une sonde à double courant, ce qui augmenterait le volume de l'instrument, et ce qui empêcherait l'intérieur du col d'être en contact avec le liquide quand il retourne dans le vagin : l'injection ne serait donc pas complète. D'ailleurs le retour du liquide ne s'opérerait pas par le second conduit, il faudrait pour cela qu'il fut plus abondant et que la canule fût bien adaptée

au col, ce qui serait un double inconvénient, ce qui faciliterait le passage du liquide dans les trompes.

Dans les commencemens, j'ai injecté dans l'utérus la même décoction de feuilles de noyer qui me servait pour les injections intra-vaginales. Comme je l'ai déjà dit, j'ai aussi injecté de la liqueur de Van-Swieten. Mais le liquide que j'emploie le plus souvent est composé ainsi qu'il suit:

Iodure de potass. .	cinq centigrammes (g j)
Iode	deux centigrammes. cinq mill. (gs.)
Eau.	trente gramm. cinquante-neuf cent. (℥ j)

La femme est placée comme pour l'application ordinaire du spéculum. Celui-ci une fois introduit, et le col mis à découvert, on donne son manche à tenir à un aide, ou bien en le passant à une anse de ruban, la malade peut le tenir, et on se dispense de l'aide. Un bassin est placé sous le siège de la femme, une injection *intra-vaginale* est d'abord faite comme je l'ai indiqué; elle sert à nettoyer, à débarrasser le col des mucosités, des humeurs qui l'obstruent. C'est alors qu'on enfonce la canule dans la matrice : il faut qu'elle entre sans rencontrer de la résistance. On adapte la canule à la petite seringue et on pousse le piston doucement avec, tout juste,

la force employée pour une injection ordinaire dans le conduit auditif. Quand l'injection est bien faite, on observe que, dans les premiers instans, il ne coule rien dans le vagin, mais bientôt on voit refluer le liquide.

Il faut expulser avec soin l'air contenu dans la seringue.

D'autres précautions doivent être prises :

1° A l'approche des règles, au moins trois jours avant, on s'abstiendra de ces injections; on ne les reprendra que trois jours après l'entière cessation du flux menstruel.

2° On devra attendre six mois après l'accouchement et l'avortement.

3° La femme devra être à jeun.

On peut, avant d'en venir aux injections intra-utérines, en pratiquer dans le vagin avec la décoction de feuilles de noyer, après trois mois de l'accouchement ou de l'avortement. Ces dernières injections ont de très bons effets, elles préparent la malade à recevoir des injections plus profondes.

Je demande maintenant aux chirurgiens qui ont à se plaindre de ces dernières injections, s'ils ont suivi les règles que je trace ici, s'ils ont eu la prudence que je conseille. L'omission de ces préceptes peut compromettre la méthode et la santé d'une femme. Un de mes élèves a injecté une ma-

lade qui avait été incomplètement interrogée sur ce qui avait précédé sa maladie de matrice. Elle venait d'avorter. L'injection intra-utérine a produit des effets remarquables. Voici l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. D'Astros.

« Joséphine Pl. . . ., âgée de vingt-quatre ans, cuisinière, née à Besançon, habite Paris depuis six ans : tempérament sanguin. Elle est mariée et a eu un premier enfant il y a trois ans : de plus cette femme avorte le 20 du mois de mai, à trois mois et demi. Elle entre dans nos salles le 3 juin: elle dit n'avoir jamais été malade ; son premier accouchement a été heureux, elle s'est parfaitement rétablie ; mais depuis sa fausse-couche elle sent des tiraillemens dans les aines, douleurs des reins, une pesanteur sur le fondement, avec chaleur vive vers le col de l'utérus. Examinée au spéculum, le vagin paraît sain, mais le col fortement engorgé présente une large ulcération qui occupe toute la lèvre postérieure du museau de tanche et un peu la lèvre antérieure. L'ulcération n'est pas profonde, sa surface non granulée. Des renseignemens précis n'ayant pas été pris sur l'époque exacte de son avortement, elle est d'abord soumise aux injections vaginales de décoction de feuilles de noyer, deux fois la semaine. Le 16 juin on fait pour la première fois une injection *intra-utérine* avec la

solution iodée, après l'injection vaginale ordinaire. La malade n'éprouve aucun accident. Le 19, nouvelles injections intra-vaginale et intra-utérine, la malade ne ressent aucune douleur au moment de l'injection; mais une heure après elle accuse des coliques assez fortes étendues à tout le ventre; elles avaient débuté par l'hypogastre, l'application de la main est douloureuse, le soir il y eut un peu de fièvre; cataplasmes chauds laudanisés, lavement émollient, repos, les douleurs durent toute la nuit.

« Le 20, les coliques sont calmées, la malade accuse un point de côté vers la partie moyenne du flanc gauche, la pression augmente légèrement la douleur, il y a de la fièvre. Vingt sangsues sont appliquées sur le point douloureux, cataplasmes, diète, repos.

« Le 21, le point de côté a presque entièrement disparu; mais la malade dit sentir ses deux jambes, à partir du genou, et ses pieds beaucoup plus froids que le reste du corps. Il n'y a plus de fièvre, on continue les cataplasmes sur le côté, des bouteilles remplies d'eau bouillante sont placées à ses pieds, légers alimens, repos. Le lendemain, la sensation de froid de beaucoup diminuée, disparaît entièrement le 23.

« Le 5 juillet, sans cause connue (les injections n'ayant pas encore été reprises) la malade res-

sent quelques maux de reins; elle n'en parle que le 7, et accuse en même temps les symptômes déjà observés : point de côté vers le milieu du flanc gauche, sensation de froid aux membres inférieurs depuis le genou; ils sont en effet plus froids au toucher; céphalalgie, pas de fièvre, selles difficiles, repos. Une bouteille d'eau de Sedlitz, compresses froides sur la tête, cataplasmes sinapisés aux jambes. Légers alimens.

« Le 8, pas d'amélioration, le purgatif n'a pas produit de selles. Même état que la veille. Soixante-quatre grammes d'huile de ricin, bain de pieds sinapisé, compresses froides sur la tête; repos.

« Le 9, la malade a eu deux selles assez abondantes; elle se trouve mieux, la chaleur est revenues aux jambes, les pieds sont encore froids. Cataplasmes sinapisés.

« Le 10, même état; les deux mains sont pâles et froides; la malade se plaint de ne pas aller à la selle. Lavement purgatif. Il n'y a pas eu de fièvre.

« Le 11 et le 12, mieux marqué, céphalalgie peu intense, les extrémités sont moins froides.

« Le 14, la malade croit ressentir tous les jours à-peu-près à la même heure (8 heures du matin), un redoublement dans les symptômes observés. Le quinquina est prescrit par M. Vidal à la dose d'un décigramme en deux pilules.

« Dès le lendemain, 15, le froid des extrémités disparaît presque entièrement et n'existe plus le 16.

« Le 17, la malade va tout-à-fait bien. Les injections ne sont pas reprises encore. »

Cette observation répond à une objection qui nous a été faite. On a dit que nos injections ne parvenaient pas dans la matrice. Ceux qui veulent qu'il y ait *accident* pour preuve de l'arrivée de liquide dans l'utérus seront convaincus, je pense, que cette fois au moins, il y est arrivé. Cette observation prouve encore l'importance des préceptes posés et des précautions conseillées par nous. Il eût été facile de croire ici à une péritonite, tandis qu'il n'y a eu en réalité que des phénomènes nerveux. Je ne blâme pas l'application de sangsues qui a été faite, car elle n'a pas nui; mais pour moi je m'en serais dispensé.

A. *Effets des injections intra-utérines.*

Les injections *intra-utérines*, comme toutes les injections faites dans des parties vivantes, développent quelquefois des phénomènes plus ou moins apparens, plus ou moins sensibles. Je diviserai ces phénomènes en *instantanés, primitifs* et *consécutifs.*

Phénomènes instantanés. — Ce sont ceux qui se produisent au moment même où le liquide est en contact avec la surface interne de la

matrice. Le plus souvent les femmes injectées n'accusent aucune douleur; elles semblent même étrangères à ce qui se passe. Quelquefois elles disent qu'elles éprouvent un sentiment de brûlure qui part du bassin et monte vers l'ombilic. Il arrive aussi que les douleurs se manifestent dans une région ou dans les deux régions iliaques. Ceux qui ont étudié avec quelque soin les maladies de matrice ne seront pas étonnés de cette différence de sensibilité qu'elle présente aux injections. Il en est de même pour la cautérisation qui quelquefois ne produit aucune douleur, tandis que d'autres fois elle donne lieu à de vrais accidens. Deux femmes ont seulement accusé des douleurs réellement vives, au moment de l'opération. On doit alors cesser de pousser et se contenter d'une demi-injection.

Phénomènes primitifs. — La plupart des femmes travaillent, causent après les injections, et rien ne leur rappelle qu'elles ont été faites. Il en est, en très petit nombre, qui, arrivées à leur lit, sont obligées de se coucher, parce que la douleur instantanée continue, s'étend, et devient plus vive. D'autres femmes éprouvent des coliques une heure après l'injection. Ces douleurs abdominales ont été quelquefois assez vives pour élever le pouls, et donner lieu à des symptômes de réaction, ce qui a alarmé quelques praticiens.

Les coliques cessent quelquefois trois heures, six heures après l'injection; on les voit aussi durer toute une journée, rarement deux jours : une seule femme offre ce phénomène; mais le second jour les douleurs sont très modérées; elles permettent à la malade de se lever, de se promener, ou de vaquer à ses occupations. Je noterai que, chez cette malade, l'ouverture du col est étroite et qu'il ressort moins du liquide injecté que chez les autres.

Qu'on note bien que tout cela est exceptionnel, que les coliques ne se déclarent pas sur un dixième des femmes injectées.

Ces coliques se calment et disparaissent spontanément. Les sangsues appliquées sur l'abdomen, les potions calmantes, antispasmodiques, les bains, ne hâtent pas sensiblement leur disparition. Cependant le moral des femmes est plus rassuré quand elles voient qu'on s'occupe de leur douleur et qu'on leur offre un moyen pour les calmer. Mais le meilleur de tous les calmans, c'est la confiance qu'on leur inspire. C'est ici que l'influence du chirurgien se manifeste hautement. Heureux celui qui sait trouver et dire ce qu'il faut à chaque malade. Ce qu'il y a de bien constaté, c'est que le nombre, l'intensité et la durée de ces coliques diminuent dans nos salles à mesure que ces injections se *popu-*

larisent. J'ai déjà parlé de ce phénomène quand il a été question des *injections intra-vaginales.* Celles-là on ne les accusera pas de pénétrer dans la matrice : eh bien! quand je commençai à les appliquer d'une manière générale dans les salles de Lourcine, il était très fréquent d'observer des coliques beaucoup plus vives que celles qu'éprouvent les femmes soumises aux injections *intra-utérines.* Qu'on ne dise pas que c'est un effet de l'habitude si maintenant elles les supportent, car je répondrai, comme je l'ai déjà fait, que tous les jours arrivent de nouvelles malades qui, à leur première injection, ne souffrent nullement; c'est qu'elles savent déjà à quoi s'en tenir sur ce moyen. On sait avec quelle rapidité on fait et on défait la réputation d'un moyen thérapeutique dans une réunion de femmes. Dans les commencemens j'eus à lutter contre leurs préventions; elles manquaient de confiance en ce moyen; aussi les coliques furent-elles très fréquentes.

Ceci prouve la nature de ces coliques : il est évident qu'elles sont nerveuses, qu'elles ne sont pas dues à une péritonite, et pour les expliquer, il n'est pas nécessaire de supposer le passage du liquide dans l'abdomen. Est-ce que les douleurs produites par les injections de l'hydrocèle sont dues au passage du liquide dans

l'abdomen? Est-ce que les céphalalgies après l'injection de l'oreille par la trompe d'Eustache sont dues au passage de l'air ou du liquide dans la cavité crânienne. J'ai remarqué avec une vraie surprise mêlée d'un sentiment pénible des hommes naguère passionnés contre la doctrine physiologique, admettre avec une facilité incroyable des péritonites qu'on guérit du jour au lendemain avec quelques sangsues, un bain, une potion antispasmodique ou rien du tout! J'ai noté aussi que, parmi ceux qui ont le plus crié au danger des injections *intra-utérines*, se trouvaient des hommes qui ont accueilli avec une certaine faveur une torture importée dans la capitale par un chirurgien des départemens, laquelle torture consiste à écraser des articulations pour guérir une simple difformité! Il a fallu bien des victimes pour les éclairer. Mais j'allais entrer dans la polémique, et il ne me convient pas d'en faire aujourd'hui, car en commençant j'ai dit que je ne discuterais pas la *quatrième cause d'erreur*. Il serait très beau de se donner maintenant des airs de modérateur. Je renvoie ces hommes à mes prolégomènes (1) et à tout ce que j'ai écrit, on verra que ce rôle, je l'ai choisi et tenu bien avant eux. Ce n'est pas moi qui ai aidé et applaudi ceux qui coupaient si lestement le col de l'utérus. En

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire.*

appelant les *phénomènes primitifs* des *accidens* on peut jeter de la défaveur sur les injections *intra-utérines;* mais on pourrait en faire de même pour toutes les injections, et demander aussi leur proscription générale. Ainsi les injections de la trompe d'Eustache causent de la céphalalgie plus souvent que les injections intra-utérines des coliques; hé bien! faut-il les proscrire? il faudra proscrire encore les injections dans la vessie, car elles sont souvent très douloureuses. Il n'y a pas jusqu'au lavement dont il faudra s'abstenir. Les purgatifs devront aussi être bannis, car ils donnent souvent de violentes coliques. Et d'ailleurs, quel est le modificateur un peu énergique qui ne produit pas des *phénomènes primitifs* qui pourraient être appelés *accidens* si on voulait fausser le langage médical et si on observait légèrement?

Phénomènes consécutifs.—Les coliques n'ont jamais persisté jusqu'au troisième jour. Il y a dans la salle Saint-Alexis, à Lourcine, une femme qui conserve une douleur dans une des régions iliaques; mais elle est entrée à l'hôpital avec cette douleur: ainsi les injections ne peuvent ici être accusées.

Les phénomènes les plus importans sont ceux qui se passent du côté du col. Il est évident que, sous l'influence de ces injections, son volume

diminue beaucoup plus rapidement. Or, on sait que c'est là un résultat très désirable; car tant que l'engorgement du col persiste, l'ulcération demeure; ou bien si elle disparaît, c'est pour revenir, car le fond sur lequel était l'ulcère est mauvais et malade. La couleur des ulcérations change très vite, elles passent vite au rouge très clair, et les granulations s'affaissent.

Mais je vois que j'allais parler des résultats cliniques, et ce n'est pas l'objet de ce travail. Il faut encore du temps, et bien du temps, pour dire quelles sont celles des affections que j'ai énumérées en commençant qui peuvent être plus facilement guéries par les injections intra-utérines; aujourd'hui je les traite presque toutes par ce moyen, plus tard je viendrai à faire les exceptions, et je pourrai offrir des résultats pratiques qui, je l'espère, ne laisseront plus de doute sur l'*efficacité* de ce moyen qui doit être manié avec une certaine habileté et beaucoup de prudence. Je n'avais à traiter ici que de son *innocuité* : quand cette question sera résolue, et que la valeur thérapeutique de ces injections sera reconnue, naîtra une autre question, celle de la *priorité*. Alors on verra peut-être parmi les prétendans à la gloire de l'innovation les hommes qui ont le plus calomnié, le plus compromis cette méthode; ce qui ne m'étonnera pas le moins du monde.

SUITE DE L'ESSAI

SUR UN

TRAITEMENT MÉTHODIQUE

DE QUELQUES

MALADIES DE LA MATRICE.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

PAR AUG. VIDAL (DE CASSIS).
CHIRURGIEN DE LOURCINE (HÔPITAL DES FEMMES).

Mes recherches, sur les injections *intra-utérines*, ont suscité des objections qui se sont produites dans les sociétés savantes, dans les cours de la Faculté, ceux de l'Ecole pratique et dans la Presse médicale.

Je ne puis répondre à tous ceux qui ont pris la plume ou la parole, car je ne les ai pas tous entendus; il en est d'ailleurs qui sont au-dessous de toute critique et qui ont parlé trop bas pour que j'aie pu savoir leur pensée.

Parmi les praticiens, qui ont essayé de traiter, un peu sérieusement, la question que j'ai agitée, se présente, en première ligne, M. Duparque. En lui répondant, je mets le public au courant des progrès des *injections intra-utérines*. Ces quelques lignes qu'on voudra bien me pardonner encore feront donc suite à ma première brochure. De long-temps, il me sera impossi-

ble de prendre la plume sur ce sujet : je laisse donc aux nouveaux prétendans à la découverte des injections *intra-utérines*, de soin de les défendre. Ce qui ne sera pas difficile maintenant.

Paris, ce 21 septembre 1840.

La *Gazette médicale* vient de publier sur les *injections intra-utérines*, une note rédigée avec un sens et un esprit que j'aurais voulu reconnaître et louer chez tous ceux qui ont pris la plume ou la parole à l'occasion de mes recherches sur le traitement des maladies de la matrice.

L'auteur de cette note est M. le docteur Duparque. Je lui dois une réponse qui pourra peut-être profiter à ceux qui s'intéressent à la solution de la question que j'ai agitée, car elle indiquera les progrès qu'elle a faits depuis la publication de ma brochure. (1)

M. Duparque commence par une esquisse historique qui ne ressemble pas mal à un reproche à l'adresse de ceux qui, en écrivant sur les *injections intra-utérines*, n'ont pas cité les auteurs qui les avaient devancés. Dans mon opuscule, dans ma communication à l'Académie de médecine, règne, je crois, un désintéressement qui me

(1) Voy. *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice.*

met au-dessus de ce reproche. L'*avertissement* qui ouvre mon travail, dit très clairement que mon but est de *conserver* et non de *donner* un moyen nouveau à la thérapeutique; j'insiste même pour qu'on sache bien que je ne fais qu'un *essai*. Ce sont, ai je dit, *des expériences que je publie pour en appeler d'autres*. Voilà mes paroles. Et même, sans un motif impérieux, je me serais renfermé encore long-temps dans le silence d'une observation patiente et laborieuse, car je suis de ceux qui prennent le public au sérieux. Je ne croyais pas d'ailleurs que les *injections intra-utérines* en fussent déjà à leur période de *convoitise ;* je les croyais à peine à leur période de *dépréciation*. Il était donc généreux à moi de les soutenir alors. Mais voilà que MM. Mélier, Guillon et Ricord, viennent tous trois, en même temps, réclamer la priorité. Ce qui prouve, et ils me l'ont assuré, qu'ils sont très partisans de ce moyen thérapeutique. Or, on m'avait désigné ces praticiens comme des opposans. Je m'empare donc de leur adhésion, et je laisse, à M. Duparque, la difficile tâche de décerner à qui de droit l'honneur de la priorité. Elle serait due, selon l'auteur de la note, à M. Mélier, praticien distingué, lequel a présenté, en 1832, un mémoire à l'Académie sur ces injections. Si MM. Guillon et Ricord ont des dates

antérieures à celles de M. Mélier, ils les feront valoir. Quant à moi, je déclare que je n'ai inventé ni canule ni seringue pour injecter la matrice. Mes prétentions sont d'un autre ordre. Il ne peut en être question ici. Voici d'ailleurs l'historique de M. Duparque; on verra qu'il ne s'oublie pas.

« Il est bon pour rendre à chacun ce qui lui est dû, de rappeler que M. Mélier a présenté en 1832 un mémoire très remarquable sur les injections de la cavité utérine à l'Académie royale de médecine, et que ce travail est inséré dans le tome II des mémoires de cette illustre société (1). Tous les journaux médicaux de l'époque en ont rendu compte. Alors aussi j'essayai l'application de ce moyen de traitement; j'ai consigné le procédé que j'employai d'après des instructions verbales que voulut bien me donner l'auteur. Voici ce procédé : *on se sert d'une seringue à hydrocèle et d'une canule droite suffisamment longue, et à extrémité mousse;* après avoir à l'aide du spéculum mis le col utérin a découvert, on introduit la canule à travers son orifice et on l'y enfonce. On doit pousser d'abord quelques injections simplement aqueuses. En-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine.* Paris, t. II, pag. 330 et suiv.

suite pour nettoyer l'organe des matières qui l'engorgent, etc. »

Je note seulement ici la circonstance de la seringue à hydrocèle, pour injecter un organe qui ne contient que de 9 grains de liquide !

Il y a trois faits qui obscurciront continuellement la question, tant qu'on les acceptera avec la légèreté qui a dirigé leur publication. Un de ces faits est exposé dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, il est question d'une injection dans l'utérus faite avec un clyso-pompe! Je ne suis pas le moins du monde disposé à faire la critique de la manière d'opérer d'un collègue; je prierai seulement M. Duparque de lire avec soin l'observation que je vais lui transcrire, et je me permettrai de lui demander, ensuite, si un fait de cette nature pouvait autoriser, qui que ce soit, d'intituler un article : *Danger des injections intra-utérines.*

Note sur le danger des injections faites dans l'utérus.

« Une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, à l'hôpital depuis plusieurs mois, était tourmentée d'un écoulement leucorrhéique intarissable; l'utérus en était le foyer exclusif. Tous les moyens habituels étaient épuisés. Suivant alors l'avis de praticiens dont l'autorité est

fort recommandable, je résolus de porter la médication topique jusque dans le foyer même, c'est-à-dire dans la cavité utérine. Une injection fut donc pratiquée à travers le col. La matière de cette injection était une décoction de feuilles de noyer, l'instrument qui la poussait un clysopompe. Au premier coup de piston, la malade jeta un cri aigu en portant vivement la main sur la région iliaque gauche. Remontée dans son lit, elle fut prise d'un violent frisson pendant plusieurs heures, suivi d'une réaction fébrile intense. La douleur abdominale se prolongeait dans le bassin où sa nature se modifiait, elle était *expultrice*, il semblait à la malade qu'un corps étranger faisait effort pour sortir de la matrice. A ces caractères on ne pouvait méconnaître une métro-péritonite. »

Après ces détails cliniques, l'auteur de l'observation expose les expériences que j'ai instituées et comme il en ignorait sans doute l'auteur, il les attribue à M. Dastros mon interne, ce qui est en même temps généreux et juste. En terminant, ce praticien juge convenable *de proclamer bien haut*, qu'il *est urgent désormais de s'abstenir des injections intra-utérines !*

Quand j'ai parlé de mes observations et de mes expériences, il m'a été naïvement répondu que leur nombre, leur valeur ne pouvaient anéan-

tir le seul fait dont il vient d'être question; quel que fût son isolément, il devait rester dans la science pour protester contre l'innocuité des *injections intra-utérines*. Comme l'a fait un clinicien habile dans l'*Esculape*, je conteste fort la métro-péritonite qu'on a voulu donner à la femme qui a subi l'expérience ici rapportée, et je répète (ce qui a été si souvent dit) que cette même femme est sortie de l'hôpital, *parce qu'elle s'y ennuyait*. D'ailleurs je considère le procédé employé comme vicieux et dangereux; ce résultat ne peut donc pas être mis en ligne de compte quand on juge la question des *injections intra-utérines*. Que diraient les modernes ténotomistes, si dans la question de la ténotomie on leur jetait un fait d'opération pratiquée d'après un procédé dangereux et tout-à-fait défectueux, par exemple, celui d'Isacius Minius? que vous répondraient-ils si on opposait une section du tendon d'Achille avec dénudation de ce tendon à des centaines d'opérations heureuses par la méthode sous-cutanée? Les ténotomistes répondraient ceci : Vous en êtes à peine à la fin du dix-septième siècle, quand nous en sommes bientôt au milieu du dix-neuvième, votre procédé est très défectueux et le fait que vous citez ne peut entrer en ligne de compte.

Hé bien! je fais la même réponse. Si d'ailleurs

je voulais profiter de ma position, je m'emparerais de ce fait, pour démontrer d'une manière encore plus évidente l'innocuité des *injections intra-utérines*. Car, si, après le procédé employé par mon collègue, la malade en a été quitte pour des douleurs abdominales et pour un *ennui* qui lui a fait demander son *exeat*, c'est une preuve qu'il n'y a pas un grand danger à faire une injection même forcée dans la matrice. Mais n'abusons pas des armes que nous donnent nos adversaires, soyons praticiens avant tout; que les erreurs des autres comme les nôtres soient profitables à nos malades. Faisons des *injections modérées* à *petites doses* et non *forcées et abondantes*.

Restent maintenant deux faits appartenant à M. Bretonneau et à M. Tonnelé; on les invoque continuellement, et comme ils viennent de loin et de deux praticiens recommandables dont l'un même porte un des plus beaux noms de notre époque médicale, on en abuse étrangement. Il serait temps cependant que ces faits fussent connus autrement que par une conversation d'un homme d'esprit dont l'imagination passe pour être d'une remarquable fécondité. Je fais grâce à M. Bretonneau des expériences sur le cadavre, sur les chiennes; mais il devrait bien nous dire avec son talent et sa bonne foi si bien connus:

1° Combien il a été fait d'injections à Tours ;

2° Les instrumens dont on s'est servi ;

3° La nature, la quantité du liquide injecté ;

4° A-peu-près la force employée, et surtout la durée de cette opération ;

5° Les phénomènes, les accidens observés, si accident il y a eu.

M. Bretonneau devrait nous éclairer sur tous ces points, cela ne lui serait pas difficile. Attendons donc les lumières du soleil de la Touraine.

Il est des paragraphes de la note de la *Gazette médicale* qui me laisseraient croire que je n'ai pas eu l'honneur d'être lu par M. Duparque, car ce praticien semble me faire dire que les malades n'éprouvent rien quand je les injecte. De là cette fausse conclusion que mes injections ne vont pas jusqu'au corps de la matrice. Or, il y a dans ma brochure un grand article destiné à l'exposition des effets des injections *intra-utérines,* effets que je divise en *instantanés primitifs* et *consécutifs :* « Les injections intra-utérines, « ai-je dit, comme toutes les injections faites « dans des parties vivantes, développent quel- « quefois des phénomènes plus ou moins appa- « rens, plus ou moins sensibles. »

Vient ensuite la description de ces phénomènes, et je prouve que ce ne sont pas là *des accidens*, car, pour les appeler ainsi, il faut fausser

le langage médical et observer fort légèrement. Je donne la véritable interprétation de ces phénomènes; je les considère comme essentiellement nerveux. C'est d'ailleurs là l'opinion de tous ceux qui ont su employer l'injection et observer leurs effets. M. Mélier, entre autres, qui s'en sert dans sa pratique depuis dix ans, n'a pas constaté un seul *accident sérieux*. MM. Roche et Jolly, praticiens dont le mérite et la bonne foi ne sont mis en doute par personne, m'ont assuré qu'ils avaient connaissance des succès de M. Mélier.

L'erreur dans laquelle était M. Duparque sur le sens que j'attachais au mot *innocuité*, m'a prouvé qu'il ne m'avait pas lu ou qu'il ne m'avait pas compris. Maintenant la modification qu'il propose prouve qu'il est partisan de la méthode, du principe, ce qui m'est fort agréable; mais en même temps, j'ai la preuve que cet estimable praticien n'est pas au courant des progrès qu'ont fait à Lourcine les injections *intra-utérines*. Ceci est plus pardonnable, car je n'ai rien dit publiquement depuis ma brochure et l'accès de notre hôpital est difficile (1). M. Duparque a imaginé un *mezzo termine*, ce qui dans notre langage veut dire, je crois, un juste-milieu. Au

(1) Il faut une permission de l'administration pour entrer dans cet hôpital.

lieu de pousser doucement et lentement le liquide, dit l'auteur de la note, je le projette vivement, et par « secousses brusques, mais peu « étendues en ne faisant avancer le piston de la « seringue à chacune d'elles que de deux à cinq « millimètres; je laisse écouler quelques secon- « des entre chaque secousse de manière à lais- « ser le temps à la portion du liquide projetée « de s'écouler au dehors, ce qui prévient une « accumulation dangereuse dans la cavité uté- « rine » (*Gazette médicale* du 19 septembre 1840). Ce passage de la note prouve que M. Duparque a parfaitement compris le mécanisme des *injections intra-utérines* et les principes qui doivent diriger le praticien dans leur emploi. *Il faut qu'elles aient très peu de durée et qu'elles soient peu abondantes.* Je suis vraiment émerveillé que M. Duparque soit venu de lui-même et comme par improvisation à une pratique que je cherchais depuis long-temps, et qui a coûté beaucoup de temps et beaucoup d'expériences. Aussi ne sais-je comment lui dire que depuis plus d'un mois le procédé qu'il invente aujourd'hui est suivi dans mon service de Lourcine.

Voici comment j'y suis arrivé :

Les expériences que j'ai d'abord instituées et qui ont été faites sur le cadavre ont été divisées en trois séries :

1° *Injections forcées* avec une forte seringue, dont la canule était introduite dans le col de l'utérus, lequel était lié sur cette canule. On poussait avec la plus grande force que puisse employer un homme vigoureux;

2° *Injections abondantes* faites avec une seringue qui avait une capacité double de la seringue à injections uréthrales. On poussait avec une force modérée;

3° *Injections modérées.* Elles étaient faites avec un petit tube et une seringue qui ne contenait que vingt grammes de liquide. On poussait doucement; tout au plus avec la force qu'il faut pour injecter dans l'oreille.

Voici les résultats fournis d'abord par ces trois séries d'expériences :

a. Injections forcées. Le liquide et l'air contenus dans les veines passaient quelquefois plutôt dans les veines de l'utérus que dans les trompes. Il arrivait aussi qu'ils passaient par ces trompes pour se rendre dans le péritoine;

b. Pour les *injections abondantes*, le liquide refluait souvent par le col pour tomber dans le vagin, mais quelquefois il filait aussi par les trompes et passait dans le péritoine;

c. Enfin les *injections modérées* ne produisaient jamais ce dernier phénomène.

Je dus donc choisir ce dernier procédé pour l'em-

ployer sur le vivant, car les canaux qui jouissent de la vie doivent être moins perméables encore que sur le cadavre. J'en étais là, quand j'ai publié ma brochure. Cependant comme je sais qu'on ne peut trop multiplier les expériences, je dis que les miennes n'étaient *faites que pour en appeler d'autres* et même après avoir indiqué les résultats de la troisième série, j'ajoutai très positivement : *ces expériences devront encore être répétés :* c'est ce que j'ai fait. Hé bien ! il est arrivé que dans le plus grand nombre de cas, si les parties n'étaient pas séparées du cadavre, et si on suivait les conseils que j'ai donnés dans ma brochure, le liquide ne passait pas dans le péritoine. Mais il est arrivé aussi que malgré ces conseils, il y passait, à la vérité, très rarement, et cela quand on voulait épuiser la seringue, et quand on injectait lentement. Mais il est sorti de ces expériences un fait qu'on ne perdra pas de vue, et qui vient à l'appui de la modification que M. Duparque croit avoir inventée : c'est que pour parcourir les trompes, et pour arriver au péritoine, il faut au liquide un certain temps ; aussi quand on prolonge les injections, quand on les fait avec une *certaine lenteur*, même avec une force très modérée, on arrive parfois au péritoine, tandis que si on les fait *d'un seul jet avec une très petite seringue*, le liquide n'a pas

le temps de cheminer dans les trompes, il retourne par le col et retombe dans le vagin.

CONCLUSION.

Convaincu : 1° qu'il y a de grandes variétés dans l'état des trompes de Fallope et que les *femmes sont très différemment perméables ;* 2° que le degré de perméabilité ne peut être prévu, du moins jusqu'à présent : j'ai mesuré la capacité d'un bon nombre de matrices, et je n'injecte que le liquide que peut contenir la matrice d'une femme qui n'a pas eu d'enfans. Cette capacité est on ne peut plus bornée, elle admet tout au plus neuf grains de liquide. En n'injectant que cette quantité, on a donc la certitude de ne pas aller jusqu'au péritoine. Mais pour que le liquide atteigne la cavité de la matrice, il faut que le col soit débarrassé des mucosités, qu'il soit convenablement *mouché*, ce qui n'est pas toujours facile. Cependant, par le moyen des *injections intra-vaginales* telles que je les ai décrites, les difficultés seront levées.

On conçoit qu'avec un clyso-pompe ou une seringue à hydrocèle, il est impossible de faire d'une manière mesurée des injections à si petites doses, le coup de piston est trop fort. J'ai fait fabriquer, pour cela, de petites seringues en verre

qui ressemblent aux seringues pour l'oreille; j'ai prolongé la canule, afin de pouvoir me dispenser d'un tube pour ajoutage. Dès que j'ai eu la plus entière certitude que les injections, ainsi mesurées, ne pouvaient pénétrer dans le péritoine, j'ai rendu plus excitant le liquide injecté, je l'ai même rendu caustique. Ainsi maintenant pour les catarrhes utérins anciens, j'injecte la dissolution de nitrate d'argent très concentrée. Cette dissolution est faite au moment même où les injections vont être poussée dans l'utérus. Je jette alors, dans un tiers de verre d'eau, le fragment de nitrate d'argent que contient mon porte-caustique; à l'instant, il est dissous, et je charge la seringue avec ce caustique qui est devenu liquide.

Les résultats favorables obtenus par cette injection caustique sont très prompts. Déjà plusieurs observations ont été rédigées par M. Estival, un de mes élèves. Quand il en sera temps, je publierai ces faits. Les effets immédiats et primitifs ne sont pas différens de ceux que j'observais à la suite des injections avec l'iode. La guérison est beaucoup plus prompte. Maintenant ce serait le moment de déterminer les cas qui nécessitent réellement l'emploi de ces injections. Dans les premiers temps, je les ai employées dans presque tous les cas d'ulcérations

de la matrice qui produisaient ce qu'on appelle des *flueurs blanches*. J'ai dit, dans ma brochure, que plus tard j'en viendrais *à faire des exceptions*. Je sais, comme M. Duparque, qu'il est beaucoup d'affections de la matrice bornées à l'extérieur ou à l'intérieur du col. Je ne doute pas, dans ce cas, de l'efficacité des topiques et de mille autres moyens qui peuvent remplacer les injections intra-utérines. Ces moyens, je les connais, j'en fais usage, je sais les apprécier; mais c'est quand ils font défaut, quand le catarrhe utérin vient de la matrice même, qu'il faut toucher toute la matrice. Or les injections et les injections seules pourront arriver sur tous les points de la paroi interne de cet organe. Voici d'ailleurs, en attendant d'autres faits, une guérison due aux injections *intra-utérines* iodées d'après la formule indiquée dans ma brochure.

Observation de guérison d'une ulcération granulée du col de l'utérus par les injections intra-utérines iodées.

Louise L...., âgée de vingt-et-un ans, couturière, d'une vive sensibilité, d'un tempérament qu'on appelait nervoso-sanguin a toujours habité Paris. Elle fit, il y a trois ans, une fausse-couche qui n'eut aucune suite grave ; les règles

se sont bien rétablies deux mois après. La malade dit qu'elle n'a jamais eu d'affection vénérienne.

Depuis cinq mois L. ressent des douleurs dans le bas-ventre, aux reins; elle est restée quelque temps sans être traitée. Un écoulement s'étant manifesté, elle consulta un chirurgien dans le mois d'avril; elle fut soumise pendant trois semaines aux injections intra-vaginales avec la solution de nitrate d'argent. Aucune amélioration.

La malade entre à Lourcine le 9 mai 1840. Elle présente à l'examen, par le spéculum, un engorgement considérable du col de l'utérus et sur cette partie une ulcération granulée comme une plaie en suppuration. L'ulcération est plus prononcée sur la lèvre postérieure du museau de tanche et paraît plus étendue quand on entr'ouvre un peu le col. L'écoulement est mucoso-purulent et tenace. La malade est d'abord soumise aux injonctions émollientes qu'elle fait elle-même, puis aux injections *intra-vaginales* avec la décoction de feuilles de noyer, deux fois la semaine, et d'après la méthode de Lourcine.

Le 20 mai, L. accuse des douleurs assez vives au côté droit du thorax au niveau de la sixième et huitième côte; du côté gauche, la douleur est moins forte, la pression l'augmente légèrement. Il n'y a pas de gêne de la respiration, pas de toux, pas de réaction fébrile, ces douleurs pré-

sentent le caractère nerveux. Des cataplasmes émolliens laudanisés les dissipent au bout de cinq à six jours.

Le 8 juin l'état de la malade est à-peu-près le même; c'est-à-dire qu'il n'y a rien de changé dans l'état de la matrice dans le dérangement de ses fonctions. Elle est soumise aux injections intra-utérines iodées.

La première injection, quoique pratiquée avec les plus grandes précautions, détermine au moment même où le liquide est poussé, des douleurs dans les aines; peu de temps après, la malade dit souffrir dans tout le bas-ventre; on ordonne des fomentations sur l'abdomen, et des sangsues seront appliquées le soir si la fièvre survient. Vers deux heures de l'après-midi, quatre heures environ après l'injection, les coliques se calment, il ne se manifeste par le plus léger mouvement fébrile, la malade passe une bonne nuit. Le lendemain, elle se trouve tout-à-fait remise. Six autres *injections intra-utérines* sont pratiquées dans le courant du mois de juin; la malade n'a accusé alors que quelques légers picotemens au moment de l'injection, et qui se calment bientôt après. Chaque fois que nous appliquons le spéculum pour constater son état, nous trouvons le col de l'utérus diminué de volume, l'ulcération moins large, l'é-

coulement moins fort et devenant toujours plus clair.

Le 2 juillet la malade a ses règles, elles durent cinq jours, les injections sont suspendues et reprises le 13 seulement. Elle éprouve encore au moment de l'injection d'assez vives douleurs qui durent une partie de la journée et cessent le soir *par le seul fait du repos.*

Le 16 novembre, injection sans la moindre douleur.

Le 15 juillet, l'engorgement du col utérin est considérablement diminué et l'ulcération très rétrécie. Le 23 du même mois, le col a son volume normal et il ne reste qu'une légère rougeur là où était l'ulcération. Avec le retour du col de l'utérus à son état normal les douleurs des reins, de l'abdomen ont disparu et les couleurs fraîches de la malade sont revenues.

Ceux qui connaissent la gravité et surtout la très longue durée des ulcérations de l'utérus qui présentent les caractères indiqués dans cette observation, comprendront l'importance de cette observation et sauront apprécier l'influence des *injections intra-utérines.*

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, n° 5.